

# ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

*Фомин А.В.,<sup>1</sup> Зельдин Э.Я.,<sup>1</sup> Подолинский С.Г.,<sup>2</sup>  
Володькин В.В.,<sup>2</sup> Ковалёва Л.А.<sup>1</sup>*

УО «Витебский государственный медицинский университет»<sup>1</sup>

УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»<sup>2</sup>

**Актуальность.** Помощь пациентам со злокачественными новообразованиями в основном оказывается областными, межрайонными онкологическими диспансерами, и в НИИ онкологии. Вместе с тем, при злокачественных новообразованиях органов брюшной полости порой развиваются осложнения, требующие неотложных действий, эти пациенты и поступают в хирургическое отделение любого стационара, где оказывается экстренная помощь. Пациенты с осложнениями онкологических заболеваний часто лица с тяжёлым соматическим статусом с напряжением систем адаптации, высоким уровнем тревоги, что целесообразно учитывать при оказании помощи[1,2].

**Цель.** Анализ результатов лечения пациентов с осложнениями онкологических заболеваний органов брюшной полости в УЗ "БСМП" клинической базы УО "ВГМУ" за 2016 и 2013 годы.

**Результаты и обсуждение.** На лечении в хирургических отделениях городской клинической больницы скорой медицинской помощи в 2016 году находилось 6239 пациентов. За этот период пролечено 170 пациентов с осложнениями рака желудка (кровотечение, перфорация); тонкой и толстой кишки (острая кишечная непроходимость, перитонит вследствие перфорации опухоли, либо супрастенотического разрыва кишки; печени, желчевыводящих протоков и поджелудочной железы (прогрессирующая механическая желтуха). Абдоминальный болевой синдром также был причиной госпитализации в хирургический стационар, но не всегда требовал хирургического лечения.

Пациенты оперированы по поводу таких осложнений как перитонит, острая кишечная непроходимость, прогрессирующая механическая желтуха, профузное кровотечение. Основной задачей лечения считали устранение непосредственной угрозы жизни пациента. На органах брюшной полости выполнено 2426 операций, в том числе по поводу злокачественных опухолей 144. Умерло после операции 112 в том числе умерло 35 пациентов со злокачественными новообразованиями. Злокачественные опухоли явились основной причинной летальности (19,2% от общего числа умерших).

Структура оперативных вмешательств и их объем позволяют говорить о том, что неотложная хирургическая помощь оказывается на высоком профессиональном уровне, и в достаточном объеме. В 2016 году активно использовались видеолaparоскопические комплексы. Предоперационная подготовка с коррекцией нарушенных обменных процессов и антибактериальной терапией выполнялась адекватно тяжести состояния пациента на операционном столе, в отделении интенсивной терапии, в палате

хирургического отделения. Интенсивная терапия была продолжена по ходу операции и после неё.

При выполнении операций по поводу осложнений опухоли соблюдали принцип абластики. Перевязка сосудов выполнялась до начала выделения опухоли. Пересечение тканей осуществлялось не менее чем на 7-8 см от пальпируемой опухоли. Выполнялось промывание брюшной полости по ходу операции. Лимфоузлы в выделенном комплексе маркировались отдельно. При невозможности полного удаления опухоли выполнялась паллиативная операция направленная на устранение возникшего осложнения и биопсия опухоли. Так в случае опухоли прямой кишки и кишечной непроходимости выполняли наложение сигмо- или трансверзостомы, с последующим направлением пациента в специализированное отделение для определения дальнейшей тактики и при возможности выполнения радикальной операции. В случае распространённого перитонита и тяжёлого абдоминального сепсиса лечебная тактика проводилась адекватно стадии перитонита с повторными программными санациями брюшной полости [ 3]. Высокий уровень билирубина при механической желтухе опухолевого генеза предполагает первым этапом наложение холецистоэнтеро- или холедохоэнтероанастомоза. Проксимальная резекция поджелудочной железы в этих условиях выполняется редко [4].

В структуре злокачественных новообразований органов брюшной полости в 2016 рак желудка был у 28,8%, рак толстой и тонкой кишки у 52,9%, рак желчного пузыря протоков и печени у 6,5%, рак поджелудочной железы у 11,8% пациентов. В структуре злокачественных новообразований органов брюшной полости в 2013 рак желудка был у 28,2%, рак толстой и тонкой кишки у 49%, рак желчного пузыря протоков и печени у 8 %, рак поджелудочной железы у 14,8% пациентов. То есть, в структуре патологии мы наблюдаем некоторый рост случаев рака толстой кишки. Это требует дальнейшего изучения и анализа.

Диагностика опухоли без комплексного обследования сложна, на ранних стадиях опухоли симптомы патологии могут не ощущаться. Если рак прогрессирует и распространяет метастазы, то пациент может ощущать общие симптомы резкую утомляемость и слабость, ухудшение аппетита и снижение веса, а также симптомы расстройства стула: диарея или запоры [5]. Предварительный диагноз по возможности можно поставить на основании жалоб, анамнеза, лабораторных данных и результатов инструментального исследования. Так в двух наблюдениях у пациентов в возрасте 32 и 71 года доставленных бригадой скорой помощи с диагнозом ущемлённая пупочная грыжа диагностирован Метастаз сестры Марии Джозеф — в пупок. Уточнённый диагноз - рак желудка и рак ректосигмоидного отдела толстой кишки. Пациенты не нуждались в экстренной операции и были после обследования направлены для лечения в онкологический диспансер. Также консервативно мы стараемся остановить кровотечение из опухоли желудка,

что обосновано и для оптимизации радикального этапа операции в специализированном отделении [5].

Далеко не факт, что пациентам с осложнёнными формами рака, можно оказать лишь паллиативную помощь. Сравнительный анализ результатов 5 летней выживаемости пациентов, оперированных по поводу колоректального рака в отделении ургентной хирургии и в абдоминальном отделении онкологического диспансера не выявил достоверных различий. Достижения химиотерапевтической службы очевидны. Это даёт нам уверенность при оказании помощи пациентам с онкологическими заболеваниями в хирургическом стационаре.

#### **Литература:**

1. Шляхтунов, Е. А. Минимальная остаточная болезнь при солидных опухолях – современное состояние проблемы / Е. А. Шляхтунов // Новости хирургии. – 2014. – № 6. – С. 735–742.
2. Циммерман, Я. С. Колоректальный рак: современное состояние проблемы / Я. С. Циммерман // Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол. – 2012 – № 4 – С. 5–16.
3. Косинец, В. А. Патогенетические аспекты комплексного лечения пациентов с распространенным гнойным перитонитом / В. А. Косинец // Вестн. ВГМУ. – 2014. – Т. 13, № 4. – С. 63–69.
4. Щастный, А. Т. Послеоперационные осложнения проксимальных резекций поджелудочной железы у пациентов с хроническим панкреатитом / А. Т. Щастный // Новости хирургии. – 2011. – № 3. – С. 30–43.
5. Черноусов, А. Ф. Ранний рак и предопухолевые заболевания желудка / А. Ф. Черноусов, С. А. Поликарпов, Э. А. Годжело. – М. : ИздАТ, 2002. – 256 с.

## **ТУРНИКЕТ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА: ПРИМЕНЯТЬ ИЛИ НЕТ?**

*Ходьков Е.К., Болобошко К.Б.*

УО «Витебский государственный медицинский университет»

**Актуальность.** Пневматический турникет при тотальном эндопротезировании коленного сустава (ТЭКС) традиционно применяется с целью снижения интраоперационной кровопотери и лучшей визуализации операционного поля [1]. Однако, по данным различных источников, имеются и недостатки использования турникета: выраженный болевой синдром в раннем послеоперационном периоде, нарушение функции четырёхглавой мышцы бедра [2], повышение риска тромботических осложнений [3]. Кроме того, влияние жгута на суммарную кровопотерю при ТЭКС до конца не изучено, а имеющаяся информация противоречива. Ряд авторов отмечает значительное сокращение кровопотери при применении турникета [4], в то